

症例報告

仙腸関節障害

H5. 1. 28

出端 昭男

症例 MK 55才 男 会社役員

初診 平成4年10月27日

主訴 仙骨部右側から上殿部外側にかけての痛み

現病歴 10日くらい前に35kgほどの重量物を運んだ。翌日から動作時に仙骨部の右側が“チクッ”と痛むようになった。

3日前から痛みの範囲が拡大し、安静時にも右の仙骨部から上殿部外側にかけて締めつけられるような鈍痛を感じるようになった(図1)。

現在、常に鈍痛があり、寝返りの痛みで目が覚める。朝の痛み、起き上がる時の痛み、靴下着脱時の痛みなどは感じていない。

腰痛は今回が初めての経験。日常生活や仕事は普通に行っている。仕事は主にディスクワークだが、1日に2~3時間は車を運転する。医師の診察は受けていない。

既往歴 特記すべきものなし。

家族歴 特記すべきものなし。

診察所見 脊柱の側弯および下位腰椎の階段変形は認められない。腰椎の前弯はやや増強。腰椎の前屈、側屈、後屈で痛みの増悪はない。腰椎の叩打痛は陰性。ニュートン・テストは陽性で愁訴の増悪・再現が認められる。パトリック・テストは陰性。股関節の屈曲、内旋、外旋は可動域正常で痛みの増悪もない。

圧痛は右上後腸骨棘の下端より約1cm上方の高さで、その内縁部に検出される(以後、小腸俞とする。図2)¹⁾。

なお、腰陽関、十七椎、L₄椎関、L₅椎関、上胞肓、上殿に圧痛は検出されない。また健側の小腸俞は押圧により痛みを訴えない。

要約 疼痛域、ニュートン・テスト陽性、小腸俞の圧痛などの所見から仙腸関節障害が疑われる。

対応 重い物を持った時に、骨盤の骨のつなぎ目に無理がかかり、骨を連結しているスジに軽い炎症が起きたのです。寝返りをすると骨のつなぎ目が動くので痛みが強くなります。

おそらく数回の治療で治ると思いますが、痛む動作を極力さけるように注意して下さい。

治療・経過 仙腸関節の変性および炎症を想定し、局所の循環改善と消炎を目的に以下のような治療を行った。

第1回 取穴は著明な圧痛が検出された小腸俞1穴とし、ステンレス・1寸6分-4号針(50mm-20号)を用いて直刺で約3cm刺入し、10分間の置針を行った。

抜刺後、刺針部位に糸状灸3壮を加えた。

第2回(2日目) 昨夜は寝返りで目が覚めることもなく、今日は自発痛もない。

置針時間を5分間延長し、15分間とする。

第3回(4日目) 昨日の昼間は全く痛みを感じなかったが、夜は寝返りの痛みで目が覚めた。

ニュートン・テスト陽性。圧痛も変化ない。

第5回(7日目) 寝返りの痛みはなく、昼間もほとんど忘れている。

ニュートン・テストで、わずかに痛みの放散がある。

第6回(9日目) 昨日は昼も夜も全く痛みを感じなかった。

ニュートン・テストは陰性であるが、小腸俞の圧痛は軽度ながら残存している。

第7回(11日目) この4日間は全く痛みを感じていない。

ニュートン・テストは陰性。圧痛はわずかに残存しているが、痛みもなく日常生活に支障ないので、いったん治療を打ち切り、しばらく様子をみることにした。

その後、今日まで症状の再燃はない。

考察 本症例は疼痛部位と発生頻度から考えて、まず第一にL₃・₄、L₄・₅、L₅-S高位における椎間関節性腰痛²⁾を、第二に上後腸骨棘の殿筋付着部もしくは殿筋部の筋・筋膜性腰痛を想定することができる³⁾⁴⁾。しかし、腰椎の前屈および後屈により疼痛の増悪や再現がみられない、椎間関節部に圧痛が検出されないなどの所見から、疼痛の原因を椎間関節に求めるこ

とは困難のように思われる^{5) 6) 7)}。また同様に腰椎の運動制限の欠除と圧痛部位により筋・筋膜性腰痛の疑いも少ないと。

殿部の疼痛で発症する梨状筋症候群については、疼痛域にかなりの隔たりがあるので最初から除外した。

以上により椎間関節性腰痛、筋・筋膜性腰痛および梨状筋症候群の3疾患を除外し、さらにニュートン・テスト陽性、仙腸関節に近い上後腸骨棘内縁部、すなわち小腸俞の圧痛陽性などの所見から、一応、仙腸関節障害による腰痛と推定した。

さて、仙腸関節障害のうち初期強直性脊椎炎との鑑別では、多発性の筋肉痛や関節痛の訴えがない、疲労感や発熱や食欲不振といった全身症状も観察されない、発症年齢が異なる、などの点から、この疾患は除外し得ると思われる^{8) 9) 10) 11) 12)}。ちなみに強直性脊椎炎の発症年齢について原田は10～20才代¹⁰⁾、Ian Mac nabは20～30才代¹³⁾、蓮江らは20才代前後⁸⁾、鳥巣らは平均25、4才⁹⁾と報告している。

次に結核性および化膿性仙腸関節炎であるが、膿瘍形成、発熱、局所の熱感、腫脹など症状の相違もさることながら、発生頻度も極めてまれであって、鍼灸院で遭遇する可能性は低いと推察される^{9) 10) 14)}。

仙腸関節疾患については、発生頻度が低いためであろうか腰痛を専門に扱った成書においてもその記載は少ない。それでも種々の文献を涉猟すると、上記以外の疾患として硬化性腸骨骨炎^{9) 10) 15)}、変形性仙腸関節症^{9) 10) 15) 16)}、仙腸関節捻挫^{10) 13) 15) 17) 18) 19)}、骨盤輪不安定症（仙腸関節弛緩症）^{10) 13) 16) 19)}などの病名が散見される。さらにまた他の疾患と合併する仙腸関節炎や腫瘍性疾患として痛風性仙腸関節炎⁹⁾、乾癬性仙腸関節炎¹³⁾、Reiter症候群に伴う仙腸関節炎¹³⁾、仙腸関節付近のEwing肉腫¹³⁾などの記載も見られるが、いずれも極めてまれな疾患である、と記されている。

さて、本症例が仙腸関節障害に由来する腰痛であると仮定して、上記の疾患のいずれに該当するかを考察してみたい。

まず痛風発作の既往がない⁹⁾、皮膚病変がない¹³⁾、尿道炎、関節炎、結膜炎の症状も訴えていない¹³⁾などから痛風性仙腸関節炎、乾癬性仙腸

関節炎、Reiter症候群は除外し得るであろう。

仙腸関節捻挫については、妊娠や出産後の婦人を除けば、仙腸関節韌帯はきわめて強力であるため通常の外力では損傷されない¹⁸⁾、と渡辺は述べており¹⁸⁾、Ian Mac nabは生理的にゆるされる範囲を超えて仙腸関節を圧迫するには、高所からの落下とか自動車事故により発生するようかなりの外力が要求されると述べ、仙腸関節捻挫は極めてまれな疾患であると繰り返し強調している¹³⁾。

また、仙腸関節部の疼痛は椎間関節部からの関連痛であると主張し、仙腸関節捻挫そのものの存在を否定する記載も見られる^{13) 15) 17)}。

しかし、水野はスポーツ障害等において仙腸関節捻挫や亜脱臼は確かにあり得る、と症例を挙げながら述べ¹⁹⁾、また、森田は体幹の前屈、後屈時に腰部の捻転が加わるという動作で発症する¹⁵⁾、としている。

本症例の場合、重量物の持ち上げ動作を誘因として発症しており、仙腸関節捻挫の可能性も考えられるが、しかし本症を発生させるには、いかにも外力が軽微であり、しかも極めてまれな疾患であるという成書の記載からみて、やはり可能性は低いものと推定される。

骨盤輪不安定症については症例が男性であるため、まずは問題なく除外対象となり得るであろう^{10) 13) 16) 19)}。

次に腫瘍性疾患、特に骨盤部に発生する原発性悪性骨腫瘍であるが、全国骨腫瘍患者登録一覧表および川野、石井らの報告を総合すると、その大部分が若年者であり、50才代以後の年代に限定するとその発生率はほとんどゼロに近い^{20) 21) 22)}。

次に骨盤部における転移性骨腫瘍であるが、本症の発生頻度と発症年齢からみると、本症例にその可能性がないとはいえないが、これまでに癌の既往がない、痛みの程度が弱く、激しい自発痛・夜間痛を訴えない、原発巣に由来する随伴症状が観察されない、などからその可能性は極めて少ないものと推察される^{23) 24) 25)}。

以上の点を勘案して、一応、悪性骨腫瘍の可能性も除外した。

結果論ではあるが、初診から約2か月を経過した現在、患者は症状の再燃もなく元気に生活している旨を電話で確認しており、この事実からも悪

性腫瘍の可能性は確実に否定し得たと考えている。

さて、最後に残された硬化性腸骨骨炎および変形性仙腸関節症であるが、両者ともX線像によって診断される疾患であるため^{9) 15) 16)}、鍼灸臨床でこれらの疾患を正確に鑑別することは困難である。しかし硬化性腸骨骨炎について鳥巣、森田らは、ほとんど若い女性で経産婦に多く、男性の発症はまれである、と述べており^{9) 15)}、一方、変形性仙腸関節症について原田は、「通常みられる股関節、膝関節の軟骨の変性破壊によって起こる変形性関節症と同じである」と述べ¹⁰⁾、鳥巣らは「女性の仙腸関節のほうが男性のそれより退行性変化が少ない」と記載しており⁹⁾、また森田は「仙腸関節の変形性変化は男女とも56才以上のものにほとんど100%に見られた。しかしX線検査ではこのように多く発見されるが実際に症状の発現するものは極めて少ない」と述べ、X線検査のみで本症の診断は困難であることを示唆している¹⁵⁾。

以上、仙腸関節障害の原因疾患を検討したが、本症が該当する疾患としては年齢、性別、臨床症状などから推察して、まず第一に変形性仙腸関節症、第二は仙腸関節捻挫もしくは硬化性腸骨骨炎が挙げられ、その他の疾患は、患者のその後の経過からみても否定的である。

さて、鍼灸治療およびその適応についてであるが、本症例の場合、かりに仙腸関節捻挫であると仮定しても、発症機転からみて極めて軽症であり、また変形性仙腸関節症もしくは硬化性腸骨骨炎であるとしても、整形外科的には保存療法の適応であり^{9) 13) 15) 16) 18)}、したがって鍼灸治療による緩解も十分に期待できる。

本症例の場合、その経過から推測して著明な圧痛が検出された小腸俞の置鍼が有効であったと考えられる。

経穴の位置

小腸俞…上後腸骨棘の下端より約1cmの高さで、上後腸骨棘の内縁部¹⁾。

腰陽関…背1行上で、第4、第5腰椎棘突起間²⁶⁾。

十七椎…第5腰椎棘突起の下端²⁷⁾。

L₄椎関…腰陽関の外方約2cm²⁸⁾。

L₅椎関…十七椎の外方約2cm²⁸⁾。

上胞肓…上後腸骨棘の外下縁²⁹⁾。

上殿…腸骨稜の上縁で最高位点から下方に3~4横指下方で、大殿筋の上縁部³⁰⁾。

参考文献

- 1) 日本經穴委員会編：「經穴集成」、P 319~320、日本經穴委員会、1987。
- 2) 中川一刀他：椎間関節からみた変形性脊椎症、「日整会誌」46、P 745~750、1972。
- 3) 内藤三郎：工場災害と腰痛について、「日整会誌」2~8、P 679~680、1937。
- 4) 諸富武文：筋・筋膜性腰痛について、「臨床整形外科」2、P 603~610、1967。
- 5) 伊丹康人：腰痛の発生機転と原因疾患、「腰痛・背痛・肩こり」、P 21~22、南江堂、1980。
- 6) 蓮見光男他：「腰痛クリニック」、P 104、新興医学出版社、1986。
- 7) 鈴木信治：腰椎椎間関節症、「腰痛」、P 171、メジカルビュー社、1989。
- 8) 蓮江光男他：「腰痛クリニック」、P 148~150、新興医学出版社、1986。
- 9) 鳥巣岳彦：骨盤と股関節、「関節ハンドブック」、P 231~241、南江堂、1986。
- 10) 原田征行：仙腸関節の痛み、「腰痛のすべて」、P 1146~1147、医歯薬出版社、1988。
- 11) 井上哲郎：強直性脊椎炎、「腰痛診療マニュアル」、P 156~160、金原出版、1988。
- 12) 山崎典郎：強直性脊椎炎、「整形外科学・外傷学」、P 302~304、文光堂、1987。
- 13) Ian Macnab、鈴木信治訳：「腰痛」、P 65~80、医歯

薬出版社、1981。

- 14) 石井良章：骨盤・股関節部の結核、「図説臨床整形外科講座」6 A、P 290~295、メジカルビュー社、1988。
- 15) 森田正郎：「婦人の腰痛」、P 124~132、金原出版、1978。
- 16) 西尾篤人：「坐骨神経痛の診療」、P 145~147、金原出版、1980。
- 17) René Cailliet、荻島秀男訳：「腰痛症」、P 191~196、医歯薬出版社、1983。
- 18) 渡辺 良：仙腸関節捻挫、「図説臨床整形外科講座」3、P 195~200、メジカルビュー社、1982。
- 19) 水野祥太郎：仙腸関節のくじき痛み、「腰痛」、P 26~32、医歯薬出版社、1977。
- 20) 川野 寿：悪性骨腫瘍、「骨・軟部腫瘍」、P 62~79、メジカルビュー社、1990。
- 21) 福間久俊他：骨腫瘍の鑑別診断、「整形外科診断学」、P 567~581、金原出版、1982。
- 22) 石井清一：骨腫瘍、「標準整形外科学」、P 202~214、医学書院、1980。
- 23) 四方實彦：腫瘍、「腰痛」、P 238~248、メジカルビュー社、1989。
- 24) 梅田 透：癌の骨転移、「骨・軟部腫瘍」、P 226~233、メジカルビュー社、1990。
- 25) Ian Macnab、鈴木信治訳：悪性腫瘍、「腰痛」、P 36、医歯薬出版社、1981。
- 26) 日本経穴委員会編：「標準経穴学」、P 39、医歯薬出版社、1989。
- 27) 木下晴都他：「図説東洋医学」奇穴編、P 83、学習研究社、1988。
- 28) 出端昭男：「診察法と治療法」1、P 42、医道の日本社、1990。
- 29) 木下晴都：「坐骨神経痛と針灸」、P 116、医道の日本社、1996

9。

- 30) 出端昭男：「診察法と治療法」2、P 68、医道の日本社、1992。

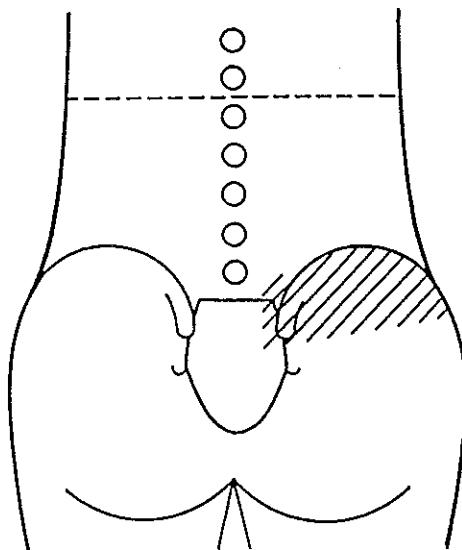


図1 症例の疼痛部位

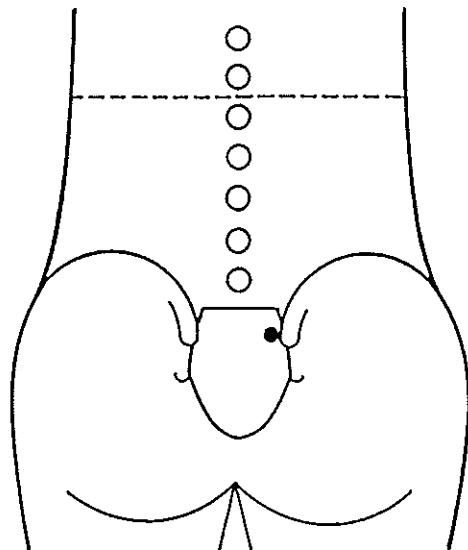


図2 症例の圧痛点（小腸俞）